

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 134

Sur deux cas d'Infarctus totaux du Rein.

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 29 Juin 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edouard SOMMIER

Ex-Interne Sup. des Hôpitaux de Saint-Etienne

Né le 23 Mai 1894, à BOURG (Ain)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1926

SUR DEUX CAS D'INFARCTUS TOTAUX DU REIN

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 134

Sur deux cas d'Infarctus totaux du Rein.

THESE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 29 Juin 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edouard SOMMIER

Ex-Interne Sup. des Hôpitaux de Saint-Etienne

Né le 23 Mai 1894, à BOURG (Ain)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1926

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.),

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	COMMANDEUR
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	PAVIOT
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	MARTIN (Etienne)
Pharmacologie	COURMONT (P.)
	PIC
	LEULIER

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGE DE COURS COMPLEMENTAIRE

Stomatologie	TELLIER
--------------------	---------

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER (V.)	MAZEL
GARIN	DUROUX	ROUBIER	SANTY
SAVY	TRILLAT	FAVRE	DUNET
FROMENT	SARVONAT	BONNET	CHALIER (André)
TIEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.)	RHENTER	CHALIER (Joseph)
PIERY	ROCHAIX		NOEL
			CORDIER (Pierre).

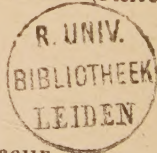
M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. TIXIER, président; PATEL, assesseur

PIERY et BONNET, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A MON PÈRE ET A MA MÈRE

en témoignage de mon affection et de
ma reconnaissance infinies.

A MA FEMME

A MA SŒUR

A MM. LES DOCTEURS BOUCHE ET DESVIGNES

Meis et Amicis

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de clinique chirurgicale

qui a bien voulu nous aider de ses
précieux conseils et nous faire l'hon-
neur d'accepter la présidence de notre
thèse.

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE LYON

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE SAINT-ETIENNE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

SUR DEUX CAS D'INFARCTUS TOTAUX DU REIN

AVANT - PROPOS

Les hasards de la clinique nous ayant fait rencontrer en quelques mois deux cas d'infarctus totaux du rein, il nous a paru intéressant de consacrer notre thèse à l'étude de cette affection.

Les recherches les plus minutieuses à ce sujet dans la littérature médicale, ne nous ont malheureusement donné que des renseignements fort peu nombreux : seule, la thèse du docteur Rey (Lyon 1911) est venue nous aider dans notre étude.

Qu'il nous soit permis de témoigner ici nos sentiments de vive reconnaissance à M. le docteur Arnaud, chirurgien des Hôpitaux de Saint-Etienne, qui nous a inspiré le sujet de ce travail et fourni deux observations personnelles, dont l'une en collaboration avec le docteur Pélissier.

Sa bienveillance et ses précieux conseils ont considérablement facilité notre tâche.

Que le docteur Albert Michel trouve ici l'hommage de toute notre reconnaissance pour l'aide qu'il nous a si généreusement prodiguée dans la rédaction de ce travail ; ainsi que le docteur Devuns, chef du laboratoire de

l'Hôpital de Saint-Etienne, pour l'amabilité dont il a fait preuve à notre égard, dans la communication des examens histologiques relatifs à nos malades.

Nous publierons d'abord nos deux observations personnelles, suivies de celles que nous avons empruntées à la thèse de Rey ; nous traiterons successivement la symptomatologie de l'infarctus total du rein, son diagnostic, son anatomie pathologique et son traitement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite)

(Docteurs ARNAUD et PÉLISSIER)

Mme R..., 30 ans. Malade soignée par le Docteur Péliissier pour une fausse couche consécutive à une chute. A la suite de cet accident, la malade présente des pertes rouges, de la température et subit un curettage (D^r PÉLISSIER).

Malgré cette intervention la température persiste et devient oscillante (38° - 40°), sans qu'aucune lésion génitale ne puisse l'expliquer. L'attention est alors attirée par l'émission d'urines troubles, *non sanglantes*.

A l'examen de la fosse iliaque gauche, on croit sentir un rein très nettement augmenté de volume et douloureux. Il y a de l'empatement lombaire, si bien que l'on pense à la possibilité d'un phlegmon périnéphrétique ou d'une pyonéphrose.

Devant la gravité des symptômes généraux, on décide d'intervenir.

Intervention le 22 octobre 1924 (D^{rs} ARNAUD et PÉLISSIER). Anesthésie générale à l'éther. Incision lombaire classique, comme s'il s'agissait d'une collection périrénale suppurée.

On est surpris de ne pas trouver de pus ; mais on tombe sur une masse dure, lardacée, de couleur sombre, lie de vin, qui n'est autre que le rein ; la capsule adipeuse du rein est extrêmement condensée, parsemée de suffusions sanguines.

L'adhérence du rein à cette capsule est telle, que l'on croit à une tumeur maligne.

Malgré les risques que l'on fait courir à la malade, on décide néanmoins la néphrectomie.

La décortication est très pénible à la face antérieure et au niveau du pôle supérieur.

Devant la difficulté de l'extirpation du rein qui ne s'abaisse pas et qui rend possible la déchirure du pédicule, on branche sur l'incision lombaire une incision transversale qui va jusqu'au bord externe du droit. On finit par libérer la tumeur, qui apparaît comme une masse boudinée, noirâtre.

On procède alors à la ligature du pédicule : celui-ci est d'une friabilité telle qu'il se déchire sous les pinces ; on est obligé d'en lier séparément les éléments. L'hémostase en demeure néanmoins précaire. A noter que le pédicule ne présentait aucune lésion de torsion, mais une oblitération manifeste. On suture le péritoine pariétal antérieur et latéral qui a été sectionné par l'incision transversale ; on laisse dans la brèche opératoire une grosse mèche iodoformée et un gros drain, après reconstitution, au niveau des incisions, des plans musculaires, aponévrotiques et cutanés.

La malade, extrêmement choquée, est ramenée dans son lit ; pourtant, peu à peu, grâce à une thérapeutique stimulante énergique, l'état général se remonte, mais, *pendant quelques jours, la malade n'émet guère que 30 à 40 grammes d'une urine très foncée, albumineuse.*

On administre des diurétiques et au 8^e ou 10^e jour se produit une véritable débâcle polyurique. La diurèse atteint successivement 800, 1000 et même 1500 grammes.

A partir de ce moment, la malade peut être considérée hors de danger.

La plaie opératoire n'a à peu près pas suppurée et la malade quitte la clinique 25 jours plus tard. Elle est revue au bout de trois mois, avec un état général excellent ; les urines sont émises en quantité normale et ne contiennent plus d'albumine.

Examen histologique (D^r DEVUNS). — Examiné sur plusieurs fragments allant du milieu de la convexité au hile, ce rein présente dans la partie médullaire au voisinage d'un calice, un bouquet d'artérioles dilatées (2 à 2 mm., 5 de diamètre) et thrombosées (thrombose récente).

Le rein est, de plus, parsemé d'hémorragies en ilots assez volumineux, dont certaines sont anciennes (les endothéliums vasculaires et les épithéliums excréteurs y sont souvent tatoués d'un pigment noir, probablement d'origine sanguine), et dont quelques-unes ont une certaine réaction inflammatoire avec polynucléaires. Le tissu conjonctif voisin du calice sus-mentionné est également infiltré de polynucléaires, de lymphocytes et de plasmocytes. Enfin, il existe toute une zone où les détails cellulaires sont méconnaissables, les noyaux incolores et dont seule subsiste la silhouette générale : c'est la partie ischémisée.

Il s'agit bien d'un infarctus, d'origine artérielle probable ayant causé (ou coïncidant avec) un processus hémorragique diffus du rein.

OBSERVATION II (Inédite)

(Docteur ARNAUD)

Mme D..., 45 ans, entre à l'hôpital le 24 avril 1925, pour une appendicite datant de deux jours. Etat général antérieur très satisfaisant. Début brusque de l'affection par douleur dans la fosse iliaque droite, suivie de vomissements qui obligent la malade à s'aliter.

Malgré la diète et la glace, elle continue à vomir de la bile.

A l'entrée, température à 38°2, pouls à 72, très légère contracture à droite.

Dans les jours qui suivent, la contracture se localise au niveau de l'hypocondre droit et un peu en arrière, faisant penser à une affection vésiculaire ou rénale.

Le 30 avril, la tumeur a un contact lombaire très net ; une radiographie pratiquée est négative. La température s'élève brusquement à 40° ; la malade souffre davantage de l'hypocondre droit.

L'examen des urines est complètement négatif ; *pas d'hématurie*, pas d'albuminurie, pas de pigments biliaires ; la diurèse est d'environ 1500 grammes. Pas d'ictère, pas de bradycardie, pas de prurit, pas de décoloration des matières.

L'examen cardiaque et pulmonaire est absolument négatif ; la rate n'est pas perçue.

Les douleurs restant très vives et la température se maintenant en plateau de 40°, on décide l'intervention.

Intervention le 6 mai 1925 (D^r ARNAUD).

Anesthésie générale à l'éther. Incision transversale de Bazy. Le colon, à peine adhérent, est facilement recliné vers le bas ; on se rend compte qu'il s'agit d'une tumeur rétro-péritonéale.

Après protection du champ opératoire, une incision sur le mesocolon transverse permet d'arriver sur la tumeur, qui est dure et qui représente le rein droit.

On décolle péniblement le duodénum, qui est très adhérent à la face antérieure du rein. Le duodénum est légèrement éraillé et on y fera, par la suite, quelques points de suture permettant de le réhabiller. On poursuit la libération de la tumeur, rendue pénible par l'extrême adhérence de son atmosphère cellulo-adipeuse, surtout au pôle supérieur. Triple ligature du pédicule (une totale et deux partielles). Au moment de la section, on se rend compte que celui-ci n'est pas thrombosé.

On procède, après ablation de la tumeur, à un drainage par voie antérieure transpéritonéale par une mèche iodo-

formée.. On cherche à exclure la cavité abdominale par quelques points qui prennent le colon transverse ou son méso et le péritoine pariétal antérieur dans la lèvre supérieure de l'incision. Reconstitution de la paroi en trois plans avec suture du grand droit.

Suites opératoires normales la malade sort du service complètement guérie sans aucun incident.

Examen histologique (D^r DEVUNS). Le fragment envoyé prélevé sous la capsule en plein infarctus ; a sa capsule extrêmement épaissie avec congestion marquée de capillaires et grosse production de fibroblastes jeunes. Au delà on trouve une large bande extrêmement infiltrée de polynucléaires et de débris cellulaires et leucocytaires ; infiltration qui se continue par quelques trainées de polynucléaires entre et dans les tubes contournés et les premiers vaisseaux de parenchyme rénal cortical.

Celui-ci a été nécrosé en totalité et brusquement : tous ses éléments ne subsistent qu'à l'état de squelettes de tubes, de glomérules et de vaisseaux, ceux-ci étant souvent béants et vides, plus rarement béants et pleins de globules. Plusieurs groupes de tubes contiennent du pigment ocre dans leur paroi épithéliale amincie ; dans d'autres, l'épithélium desquamé encombre plus ou moins la cavité des tubes. Dans tous les éléments de la zone infarctée, les noyaux sont incolores.

OBSERVATION III

(In Thèse de Rey, Lyon 1911.)

Il s'agit d'un petit garçon de 5 ans, trachéotomisé pour diphtérie laryngée, qui ressent subitement une douleur dans la région splénique, douleur accompagnée d'augmentation du volume de la rate. Quelques jours plus tard, des douleurs apparaissent aussi dans la cuisse gauche, bientôt suivies de la paralysie du membre.

Rien du côté des urines. Mort quatre jours après.

A l'autopsie : gros infarctus de la rate. Rein droit normal. Le rein gauche contient un volumineux infarctus. L'artère rénale et ses branches correspondantes sont thrombosées. Pas d'endocardite.

La douleur a donc été, semble-t-il, le seul signe clinique observé, et sans indication. L'infarctus de la rate a dû être pour quelque chose aussi dans cette douleur. Il est, enfin, intéressant de noter ici l'étiologie : la diphtérie.

OBSERVATION IV

(In Thèse Rey.)

Jeune fille âgée de 16 ans, convalescente d'une fièvre scarlatine, ne présente pas d'albumine. Une nuit, vomissements, le lendemain, douleurs aiguës bilatérales dans la région des lombes et dans les flancs. Anurie. On peut recueillir 10 grammes d'urine, qui coagule en masse par l'acide azotique. L'anurie persiste cinq jours entiers. Un peu d'œdème, pas de symptômes urémiques. La mort survient, précédée de quelques convulsions.

Les artères de la voûte et les artères glomérulaires sont oblitérées par des embolies multiples. La substance corticale est blanc jaunâtre, couleur de mastic, nécrosée.

Les deux reins sont presque complètement nécrosés. Pas de lésions aortiques ou cardiaques.

OBSERVATION V

(In Thèse Rey.)

A la suite d'une chute, un jeune garçon, porteur de graves lésions internes, meurt huit jours après.

L'autopsie montre une blessure circulaire des tuniques de l'artère rénale gauche s'étendant sur une longueur de 4 millimètres et une largeur de 2 millimètres. Un demi-centimètre au dessous, on trouve un caillot cruorique. Toutes les branches de l'artère rénale sont aussi thrombosées. Le rein correspondant est complètement nécrosé.

En somme, cette observation, qui est absolument négative au point de vue clinique, est néanmoins intéressante au point de vue étiologique, car elle nous montre que le traumatisme des vaisseaux peut produire des infarctus rénaux.

Symptomatologie.

La symptomatologie de l'infarctus total du rein est assez floue.

Un symptôme s'est cependant montré constant, tant dans les deux observations personnelles que nous rapportons, que dans celles que nous avons trouvées dans la thèse de Rey : *C'est la douleur*, symptôme le plus frappant.

Il s'agit d'une douleur à *siège lombaire*, au dessous des fausses côtes. Lorsque très intense, elle peut devenir abdominale, mais elle n'est jamais diffuse, toujours localisée. Elle débute *brusquement*, en coup de poignard ; ne présente *jamais d'intermittences* : on ne note pas de crises douloureuses brèves, et à répétition, comme dans la colique néphrétique. Elle est accrue par les mouvements, par les inspirations profondes ; la palpation, même légère, l'augmente encore. Enfin, le plus souvent, on ne note *pas d'irradiations douloureuses* ; on conçoit sans peine l'importance de cette notion dans le diagnostic de l'infarctus rénal et de la colique néphrétique.

En plus de la douleur, nous avons constaté dans les deux cas que nous rapportons, l'existence de *température* ; une fois (observat. I), elle a été du type oscillant ;

dans l'observation II, elle est continue, au voisinage de 40°. Dans les trois observations publiées dans la thèse de Rey, la température n'est pas signalée.

A ces deux symptômes viennent s'ajouter plus ou moins rapidement des signes d'intoxication générale : altération du faciès qui devient grippé, langue sèche et saburrale ; dans un cas même, diarrhée.

Il est classique, à côté de ces symptômes, de trouver des modifications importantes du côté des urines.

L'hématurie est considérée, en effet, comme fréquente, mais inconstante. Nous la trouvons décrite dans les classiques, comme il suit : « C'est rarement une grosse hématurie ; elle est plutôt de moyenne intensité et présente d'ailleurs tous les caractères d'une hématurie totale. Elle est de plus passagère, ne durant guère plus de deux à trois jours. » Or, dans nos deux observations, *l'émission d'urines sanglantes a complètement fait défaut* ; on conçoit que l'absence d'un tel symptôme contribue à égarer singulièrement le diagnostic.

La quantité d'urine sécrétée, de même, est d'ordinaire nettement diminuée : on note une *oligurie* plus ou moins forte ; dans l'observation IV, cette oligurie est même allée jusqu'à l'anurie : nous n'avons pas noté dans nos observations de diminution de la diurèse.

Enfin, on signale encore une *albuminurie* brusque, massive : Rey attache à ce symptôme une grosse importance. « C'est, dit-il, à côté de la douleur, le symptôme le meilleur et le plus constant. »

Or, chez nos deux malades, l'albuminurie a été soigneusement recherchée, sans que sa présence ait pu être décelée.

Ce qui est frappant chez nos deux malades, c'est l'absence de signes urinaires ; c'est tout au plus si dans l'observation I on a constaté l'existence d'urines troubles, faisant penser à la possibilité de complications rénales infectieuses secondaires à un post-abortum.

Nous voyons donc, pour nous résumer, que la douleur est un symptôme constant et important. Son importance est évidente puisque c'est la douleur qui appelle l'attention du malade. Elle éclate dans la lecture des observations et elle peut être assez grave pour faire penser à l'infarctus malgré l'absence de tout phénomène anormal du côté des urines.

Au contraire, les classiques signalent l'absence de toute tumeur rénale. Dans nos observations, nous en avons montré l'existence. Cette constatation est explicable du fait qu'il s'agissait d'*infarctus total* et non partiel et aussi parce que les deux malades ont été observés pendant plusieurs jours de suite, ce qui a donné à la tumeur le temps de se constituer.

C'est là, évidemment, un symptôme très important, qui, par ses caractères, permet de rattacher au rein l'origine des troubles constatés. Située à l'hypocondre, présentant le contact lombaire, dure, douloureuse à la pression, tels en sont les caractères qu'il faudra rechercher avec attention.

Nous voyons donc que la symptomatologie de l'infarctus total du rein est loin d'être nette : aucun symptôme n'est caractéristique. Le diagnostic en sera des plus délicats ; nous verrons dans le chapitre suivant toutes les difficultés qu'il comporte, et quelles sont les lésions qui peuvent simuler celle qui nous intéresse.

Diagnostic.

Le diagnostic de l'infarctus rénal est difficile. Le fait cependant qu'un même chirurgien en a observé deux cas en quelques mois, prouve que c'est une lésion avec laquelle il faut compter.

Nous l'avons vu, la symptomatologie en est le plus souvent atypique : l'hématurie, l'albuminurie, l'oligurie font le plus souvent défaut ; seule la douleur s'est montrée constante.

Un certain nombre d'affections, en dehors de celles qui peuvent frapper le rein, sont capables de donner lieu à une douleur aussi forte, et aussi brusque, que celle de l'infarctus. Les crises gastriques, l'embolie de la mésentérique, l'iléus aigu, la péritonite par perforation, l'appendicite, peuvent à la rigueur fournir au début un tableau analogue. La malade de l'observation II avait été, en effet, envoyée à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite. Plus délicat sera la discussion du diagnostic entre l'infarctus et la colique néphrétique.

Halperin (*The Archives of internat. Médecine*) recommande d'étudier soigneusement les caractères de la dou-

leur. La présence de points douloureux urétéraux, d'irradiations vers les organes génitaux, l'intermittence de la douleur, sont en faveur du diagnostic de colique néphrétique.

La néphrite aiguë, au début, peut également donner le change. L'oligurie, l'albuminurie, l'apparition d'œdèmes localisés ou généralisés, les troubles urémiques, l'abondance des cylindres dans les urines sont autant d'éléments qui plaident en faveur d'une néphrite.

Quand au bout de quelques jours la tumeur est apparue, il faudra éliminer toute une série d'affections pouvant simuler un gros rein. A droite, on pourra penser à une lésion vésiculaire, appendiculaire ou cœcale en position haute ; à gauche, à une tumeur de la rate ; dans les deux cas à une tumeur d'un angle colique avec réaction péricolique. On recherchera, dans les autres accidents, l'existence de coliques hépatiques, de poussée d'ictère, de troubles digestifs, attestant la souffrance de la vésicule. Pour ce qui est des lésions du tractus intestinal, la prédominance de troubles du transit, confirmés par l'examen radiologique, aiguilleront le diagnostic. On pourra également penser aux lésions du foie. Quant aux lésions de la rate, le diagnostic, facile en cas de splénomégalie volumineuse, sera plus délicat en cas d'hypertrophie modérée. La forme de la tumeur rappelant celle de la rate, l'existence de modifications de la formule sanguine, pourront aider au diagnostic.

Dans tous les cas, il sera bon de pratiquer un cathétérisme séparateur des uretères : celui-ci montrera en effet qu'un des deux reins secrète mal ou même pas du tout.

Dès lors on a la certitude que la tumeur perçue est bien une tumeur rénale. Ajoutons aussi que ce cathétérisme nous renseignera sur le fonctionnement de l'autre rein : indication précieuse qui nous permettra, comme nous le verrons plus loin, de porter un pronostic.

L'origine rénale de la tumeur étant dès lors certaine, quelle en est la nature ?

La bacilliose rénale, le cancer du rein, n'ont jamais ce début brutal. Le début en est insidieux, l'évolution plus lente.

Plus délicat est le diagnostic de l'infarctus avec un phlegmon périnéphrétique, une hydronéphrose, une pyélonéphrite. Nous avons vu, en particulier, que, dans l'observation I, le tableau clinique était celui d'un phlegmon périnéphrétique, et qu'on se proposait tout simplement de drainer un abcès périrénal. Dans quelques cas d'ailleurs, une telle erreur de diagnostic ne sera nullement préjudiciable au malade, puisqu'il faut opérer à tout prix.

Malgré tout, le diagnostic d'infarctus total du rein ne peut être porté d'une façon ferme : on peut y penser, mais aucun signe particulier ne permet de l'affirmer. Il faudra savoir attendre la constatation *de visu* des lésions. Elles se présentent d'une façon tellement particulières (nous en étudierons plus loin les caractères anatomo-pathologiques), que le doute n'est dès lors plus permis. A ce moment seulement, on pourra éliminer d'autres lésions, qui, quoique très rares, peuvent en imposer aussi pour l'infarctus : nous voulons parler d'une torsion d'un pédicule rénal.

Nous voyons donc, en résumé, que ce diagnostic est hérissé de difficultés ; ce qui d'ailleurs, à notre avis, importe le plus, c'est de savoir faire un diagnostic opératoire aussi rapidement que possible : de la précocité de ce dernier dépendra dans une large mesure, nous en sommes convaincus, l'évolution ultérieure de l'affection.

Anatomie Pathologique.

Nous n'avons pas l'intention, dans ce chapitre, d'étudier toute l'anatomie pathologique de l'infarctus total du rein. Laissant complètement de côté l'anatomie microscopique, nous voulons simplement insister sur les caractères macroscopiques de cette tumeur.

Le rein est complètement modifié dans son volume, sa consistance, sa couleur et aussi dans ses rapports avec l'atmosphère cellulo-graisseuse qui l'entoure.

Le volume du rein est uniformément augmenté. Dans nos deux observations, le rein est plus que doublé de volume ; son contour est irrégulier, bosselé ; de consistance très dure, le rein est de couleur rouge sombre, lie de vin, comme boudiné. Les modifications ne portent pas d'ailleurs uniquement sur le rein ; elles sont profondes également au niveau de l'atmosphère cellulo-adipeuse. Celle-ci, en effet, est comme infiltrée, lardacée, dure ; elle crie sous le couteau. La décortication est difficile, laborieuse, car la capsule est très adhérente au parenchyme rénal, et au tissu cellulo-graisseux périrénal. C'est qu'à l'injection des tissus périrénaux constatée par Richold, a succédé de la sclérose de ces tissus, en même temps que

la circulation collatérale se développait, mais insuffisamment, d'ailleurs, comme l'ont montré les expériences d'Alessandri (*Rev. Chir.* 1899).

A la coupe, on ne peut plus distinguer les substances médullaires et corticales. Elles sont occupées par un magma de coloration jaune ocre, entrecoupé de marbrures rouges foncées. « Certaines divisions du parenchyme, semblent indiquées parfois par un mince liseré jaunâtre, qui serpente autour des masses de tissu rénal en voie de dégénérescence. » (Bret.)

Si nous insistons sur ces caractères, c'est qu'un opérateur non prévenu, serait tenté de croire, en présence des lésions, à l'existence d'une tumeur maligne. En réalité, il n'en est rien : il suffit de connaître cet aspect bien particulier pour éviter toute confusion.

Pronostic.

Bien que nos deux malades aient guéri, le pronostic d'une telle affection est sérieux ; on conçoit sans peine que le blocage d'un rein, survenant au cours d'une cardiopathie mal compensée, soit un élément de très mauvais pronostic. Il n'est pas douteux que, dans le cas que nous rapportons, l'absence de toute lésion organique ait influencé heureusement l'évolution de la maladie.

Comme nous l'avons dit plus haut, le traitement chirurgical devra être aussi précoce que possible, afin d'éviter l'apparition de complications de fâcheux augure.

La masse rénale, privée de son abondante irrigation, est vouée en effet à une nécrose et à une suppuration fatales.

L'examen histologique a montré, au moins dans l'un des cas, une réaction inflammatoire qui n'était certainement que l'amorce d'un processus de suppuration. De même, cette masse peut être le siège d'une nécrose intense dont les effets ne tarderaient pas à se faire sentir sur le rein opposé.

L'observation I est à ce sujet fort intéressante : en effet,

sitôt après la néphrectomie, la diurèse est devenue nettement insuffisante et l'urémie guettait notre opérée.

Les menaces de suppuration d'une part, l'élaboration de toxines menaçant la vitalité du rein sain d'autre part, ne peuvent donc qu'engager le chirurgien à opérer au plus tôt.

Traitement.

Le rein paraissant en cause, il faut intervenir : c'est la seule planche de salut du malade.

Le chirurgien, selon ses préférences, pourra choisir entre les différentes voies d'accès du rein : incision lombaire postérieure, voies transpéritonéale ou parapéritonéale.

Nous avons l'impression que pour mener à bien l'intervention, il faut un maximum de jour ; c'est pourquoi, dans l'observation II, on fut obligé de brancher une incision supplémentaire sur celle déjà pratiquée.

Ce qui est autrement plus important c'est, une fois le rein découvert, de porter un diagnostic exact. Nous avons vu, en effet, dans le chapitre précédent, que le diagnostic d'infarctus rénal n'était certain que lorsqu'on constatait, *de visu*, l'état de cet organe.

En effet, en présence de ces adhérences serrées entre le rein et sa capsule adipeuse, on pense tout de suite à la possibilité d'une tumeur maligne ; cependant, en regardant les lésions de plus près, on pourra reconnaître l'infarctus aux signes macroscopiques que nous avons précédemment décrits.

Une fois le diagnostic fait, il faut coûte que coûte enlever cette tumeur : *il faut faire une néphrectomie.*

Ce ne sera pas toujours œuvre facile ; il faut cliver un rein qui est comme noyé dans une atmosphère cellulo-graisseuse extrêmement condensée, extrêmement dure. Le rein lui-même est notablement augmenté de volume : on conçoit dès lors que la tâche est difficile et qu'il est de toute nécessité d'avoir un jour très large.

Ce travail de décortication devra être très prudemment mené, car les organes voisins peuvent être lésés. Il ne nous a pas paru, dans les deux observations rapportées, que la veine cave ou l'aorte fussent menacées comme dans l'ablation d'une hydronéphrose, par exemple ; le danger nous a plutôt semblé résider du côté des viscères abdominaux. Dans l'observation II, le duodénum a même été légèrement éraillé au cours de l'intervention et il a fallu le réhabiliter.

Dans le cas d'un clivage par trop difficile il ne faudrait pas craindre d'ailleurs de laisser en place une partie de cette atmosphère cellulo-graisseuse, plutôt que de courir le risque d'une blessure du duodénum, qui passant inaperçue, viendrait compromettre le résultat de l'intervention.

Un autre point délicat est la découverte et la section du pédicule. On devra apporter dans la ligature de ce dernier tout le soin que nécessite l'hémostase de vaisseaux d'une telle importance. Cette partie de l'intervention sera rendue encore plus difficile du fait de la friabilité des tuniques vasculaires, comme dans l'observation I. Au besoin, dans les cas où l'on ne pourrait pas faire autrement, il faudrait laisser des pinces à demeure.

Le rein enlevé, on terminera l'intervention en suturant

les plans et en laissant un drainage de cette cavité ; il sera bon d'employer, outre le drain, une grosse mèche que l'on tassera le plus possible pour parachever l'hémostase des surfaces cruentées.

Si l'on a employé la voie transpéritonéale, il sera utile de terminer l'intervention en faisant à l'aide du colon transverse et de son méso, une exclusion du champ opératoire, tout comme on le pratiqué dans une cholécystectomie.

Il va de soi que cette intervention longue chez des sujets dont l'état général est grave, aura pour complément obligatoire l'emploi d'une médication tonique et diurétique : sérum glucosé, caféine, digitale, diurétiques divers.

CONCLUSIONS

I. Pour rare qu'il soit, l'infarctus total du rein existe, puisqu'un même chirurgien en a rencontré deux cas typiques, contrôlés par l'examen histologique.

II. Considéré d'ordinaire comme une complication des affections du cœur, l'infarctus total du rein, dans les deux observations que nous rapportons, montre une étiologie beaucoup plus obscure : sans doute s'est-il agi d'une infection par voie sanguine, dont l'origine échappe à l'examen clinique.

III. Les malades se présentent soit avec un gros rein, de l'œdème de la paroi lombaire, soit simplement avec de la température, des douleurs vagues dans un des hypocondres ; peu à peu, le tableau se précise, et, aux symptômes généraux du début, s'ajoutent des signes de tumeur rénale.

A noter, dans les deux observations rapportées, l'absence — tout à fait paradoxale — d'hématurie.

IV. Une fois la tumeur perçue, le diagnostic est à faire, selon l'hypocondre où elle siège, avec une affection du foie, de la vésicule, du cœcum et de l'appendice en position haute, ou de la rate ; indifféremment avec une tumeur d'un angle colique.

Le cathétérisme des uretères, quand il pourra être pratiqué, permettra de rapporter au rein l'origine des symptômes constatés.

V. Le diagnostic de tumeur rénale établi, la nécessité d'une intervention apparaît. On fera une incision, suivant sa préférence, en évitant cependant la voie transpéritonéale, à cause de l'infection possible de la séreuse au cours des manœuvres délicates de la néphrectomie.

Lorsqu'on arrive sur le rein, l'aspect spécial de la graisse périrénale lardacée, du rein gros, turgescant, noir, adhérent à sa capsule, vient confirmer le diagnostic d'infarctus total. Il faut alors, coûte que coûte, faire une néphrectomie, en branchant au besoin une incision supplémentaire sur celle déjà pratiquée.

VI. Quoique l'infarctus total du rein soit une affection de la plus haute gravité, comportant un pronostic très grave, l'intervention chirurgicale permettra quelques fois de sauver le malade, pourvu qu'il y ait intégrité du rein du côté opposé.

Sans cette intervention, le malade, qui doit obligatoirement être néphrectomisé, succombera infailliblement à bref délai.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN, TIXIER.

Pour le Doyen, l'Assesseur,
ROQUE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 8 Juin 1926.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

Pour le Recteur et par délégation :
Le Vice-Président du conseil de l'Université,

J. LEPINE. .

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD ET GRENET. — *Soc. méd. des Hôpit.*, 27 mars 1903
- BECKMAN. — Ueber hemorrhagische infarcte der Nieren, in
Virchow's Archiv., Bd XX, 1860.
- CASTAIGNE. — Maladies des reins et capsules surrénales, in
Collection Debove-Achard.
- COHN. — Klinik der embolischen Gefass Krankheiten, Berlin,
1860.
- GILBERT ET THOINOT. — *Maladie des reins*, p. 127. 1909.
- HALPERIN. — Clinical manifest of hemorrhagie rénal, infarct.,
in *the Archives of internat. Medicine*, Chicago, 1908,
p. 320 et suiv.
- PANUM. — Experimentelle Beitrage zur Lehre von der Embolie,
in *Virchow's Archiv.*, Bd XXV, 1862, p. 517.
- REY. — Contribution à l'étude clinique des Infarctus rénaux.
Thèse de Lyon, 1911.
- SCHMIDT. — *Wien Klin. Wochenschrift*, 1902.
- LITTEN. — *Zeitschrift für Klinische Medicin.*, 1880, p. 197.
-

TABLE DES MATIERES

Avant-Propos	9
Observations	11
Symptomatologie	19
Diagnostic	23
Anatomie Pathologique	27
Pronostic	29
Traitement	31
Conclusions	35
Bibliographie	37
